

被保険者 療養費支給申請書(立替払い)  
被扶養者

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号と番号	記号		被保険者 氏名	(フリガナ)	
		番号				
	事業所の 名称と所属	(電話)		(所属)	(内線)	
	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名		生年 月日	年 月 日	被保険との 続柄
	傷病名			発病又は負傷の 年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因					
	診療内容 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他( )				
	傷病の経過 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他( )				
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名称	(診療に従事した医師の氏名)			
		住所				
	診療に要した 費用の額		円	保険証交付年月日	年 月 日	
	診療を受けた期間	自 年 月 日	日間	入院の場合 入院期間		
	至 年 月 日	自 年 月 日		( 日間)		
	療養の給付を受けるこ とができなかった理由 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> マイナ保険証発行中のため <input type="checkbox"/> 保険証等を携帯していない時に急病のためやむを得ず医療機関にかかったため <input type="checkbox"/> その他( )				
第三者の行為によって 負傷したものか否か	ある ・ ない		その事実の届出の有無	ある ・ ない		
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)			
上記のとおり申請いたします。 年 月 日						
〒 - 住所 被保険者 電話 ( ) 氏名 ㊞						

【給付金の支払について】

①在職の被保険者：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

委任状 印	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 年 月 日
	㊞ ※被保険者が記入するところと同じ

②任意継続被保険者：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。(口座の記入は不要)

③退職者(任意継続被保険者除く)：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

支払 金融 機関	銀行	本店	普通・当座
	信用金庫	支店	
	フリガナ	口座番号	
	口座名義 (被保険者名義)		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合には <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。)			

【添付書類】

医療機関等が発行する診療報酬明細書(原本)及び領収書(原本)

受付日付印

【注意】

- ・診療報酬明細書は医療機関窓口で発行を依頼してください。精算時に受け取る診療明細書ではありません。
- ・診療月毎病院、薬局毎入院、外来別に申請してください。

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合：SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合：〒108-0075

東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー

マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿